Документ предоставлен [КонсультантПлюс](http://www.consultant.ru)

Утверждена

Главным санитарно-

эпидемиологическим управлением

Министерства здравоохранения СССР

11 мая 1955 года

Согласована

с Главным управлением

ветеринарии Министерства

сельского хозяйства СССР

с дополнением

Госсанинспекции Министерства

здравоохранения СССР

и Управления ветеринарии

Министерства сельского

хозяйства СССР

от 18 ноября 1960 года

ВРЕМЕННАЯ ИНСТРУКЦИЯ

ПО ПРОВЕДЕНИЮ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ

МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОРНИТОЗЕ

1. Орнитоз человека - инфекционное лихорадочное заболевание, протекающее в большинстве случаев с характерным воспалением легких. Возбудителем орнитоза является фильтрующийся вирус, близкий вирусу пситтакоза. Источником инфекции при орнитозе являются птицы: домашние голуби, утки, куры, индейки, буревестники, чайки, белые цапли и др.

2. При проведении мероприятий при заболевании людей орнитозом применяют меры к своевременной (ранней) постановке диагноза, изоляции и госпитализации больных в инфекционные больницы, где больных помещают в боксы или изолированные палаты.

Обслуживающий персонал по уходу за больными обязан носить маски из четырехслойной марли, руки регулярно дезинфицировать 0,5-процентным раствором хлорамина.

3. Диагноз на заболевание орнитозом должен быть подтвержден серологическим исследованием или при помощи внутрикожной пробы. (Антиген для постановки диагноза по требованию высылается Институтом вирусологии имени Ивановского Академии медицинских наук СССР - Москва, 57, Балтийский пос., 13.)

При постановке диагноза необходимо руководствоваться [Наставлением](#P74) по клинико-эпидемиологической диагностике орнитоза (см. Приложение).

4. Больные изолируются до полного излечения и исчезновения пневмонического очага. Лечение рекомендуется проводить пенициллином, биомицином, ауреомицином.

5. Мокроту больного с целью ее обеззараживания необходимо собирать в посуду с пробкой, на дно которой наливают какой-либо дезинфицирующий раствор (5-процентный раствор хлорамина, 5-процентный осветленный раствор хлорной извести, 5-процентный раствор лизола). В этой посуде мокрота должна быть выдержана не менее 3 часов.

6. В очаге инфекции после изоляции больного производят влажную дезинфекцию помещения и личных вещей больного.

7. За лицами, бывшими в контакте с больными (в очаге заболевания), устанавливают медицинское наблюдение в течение 2 недель, с ежедневным измерением температуры. При первых признаках заболевания (недомогание, повышение температуры) больного необходимо госпитализировать и срочно сделать ему рентгеноскопию легких.

8. В каждом случае установленного заболевания орнитозом необходимо проводить тщательное эпидемиологическое обследование с целью выявления источника инфекции, контакта с птицами в очаге или вне очага заболевания. О результатах обследования срочно сообщать вышестоящим органам здравоохранения.

9. При возникновении подозрения на заболевание орнитозом птицы в хозяйствах проводят следующие мероприятия:

а) всю больную и подозрительную по заболеванию птицу немедленно изолируют и принимают меры к уточнению диагноза. Диагноз устанавливают на основании эпизоотологических данных, клинических признаков болезни, патологоанатомического вскрытия трупов павшей или убитой больной птицы. Органы этих птиц подвергают вирусологическому и гистологическому исследованиям;

б) птичники, выгульные дворики и помещения, в которых находилась больная птица, подлежат тщательной механической очистке и влажной дезинфекции. Дезинфекцию следует проводить следующими дезинфицирующими средствами: 5-процентным осветленным раствором хлорной извести или 10-процентным раствором лизола;

в) впредь до установления диагноза из хозяйства, неблагополучного по заболеванию птицы, не допускается вывод (продажа) птицы, ввод новой птицы, а также перегруппировка птицы внутри хозяйства.

10. При установлении заболевания птицы орнитозом хозяйство (отдельная ферма) объявляется неблагополучным по этому заболеванию и в нем проводят следующие мероприятия:

а) запрещаются вывод (продажа) птицы, ввод новой и перегруппировка птицы внутри хозяйства;

б) вся больная орнитозом птица подлежит убою и потрошению на месте. Мясо после термической обработки используется в пищу. Пух и перо тщательно собирают и сжигают.

При заболевании птицы орнитозом в хозяйствах индивидуальных владельцев или в хозяйствах с небольшим поголовьем птицы всю клинически здоровую птицу также рекомендуется убить с использованием мяса в пищу. При этом пух и перо также подлежат сжиганию;

в) яйца, полученные в хозяйствах, неблагополучных по орнитозу, используют в пищу после дезинфекции хлорамином или после облучения кварцем;

г) для ухода за птицей в хозяйстве, неблагополучном по орнитозу, назначают постоянный обслуживающий персонал. Посещение этими лицами других птичников и других птицеводческих хозяйств не допускается.

Лица, обслуживающие неблагополучную по заболеванию орнитозом птицу, должны быть обеспечены обычной спецодеждой, защитными очками и ватно-марлевыми масками. За этими лицами устанавливается постоянное медицинское наблюдение;

д) птичники, выгульные дворики и другие места содержания птицы, а также весь инвентарь и предметы ухода за птицей подлежат периодической очистке и дезинфекции не реже 1 раза в неделю;

е) ограничения с хозяйства снимают и хозяйство считается благополучным по заболеванию птицы орнитозом по истечении 6 месяцев после последнего случая заболевания и выделения больной птицы, а также после проведения заключительной очистки и дезинфекции в птичниках;

ж) при установлении заболевания орнитозом среди людей на птицеперерабатывающем предприятии в результате обработки птицы, пораженной орнитозом, необходимо:

принять меры к выявлению хозяйства, из которого могла поступить на убой птица, пораженная орнитозом, запретить вывоз птицы из этого хозяйства и организовать проведение других мероприятий, предусмотренных в [пунктах 9](#P33) и [10](#P37) настоящей Инструкции;

через каждые 3 часа работы, до окончания переработки птицы, неблагополучной по орнитозу, проводить влажную уборку всего помещения, мытье полов и оборудования 5-процентным раствором хлорамина или 2-процентным горячим раствором щелочи с одновременным интенсивным проветриванием;

допускать ощипывание только влажных тушек птицы;

экскременты птицы в местах ее приема и временного содержания заливать 10-процентным раствором лизола, а затем сжигать. Вывоз их для удобрения и других целей запрещается.

Сбор и пересылка материала для лабораторного исследования

11. Для серологического диагноза орнитоза исследуют в РСК две порции сыворотки, для чего у больного берут кровь из вены в первые дни болезни (первая порция) и через 2 недели (вторая порция). Каждая порция сыворотки должна быть не менее 5 мл.

12. Для выделения вируса кровь берут из вены в первые дни болезни (до 7 - 8-го дня) в количестве 5 - 10 мл во флакон с бусами и дефибринируют. В случае необходимости можно, не отсасывая сыворотки, кровь в том же флаконе переслать в лабораторию.

13. Мокроту для выделения вируса лучше собирать в первые дни болезни (до 13 - 14-го дня), но, как исключение, можно и позже. Для этой цели мокроту собирают утром и по возможности до применения пенициллинотерапии, что желательно также и при взятии крови, и пересылают в лабораторию. Если у больного мокрота не отделяется или отделяется очень скудно, назначают отхаркивающее или делают смыв из зева стерильным физиологическим раствором.

14. В случае необходимости провести выделение вируса из секреционного материала следует асептически собрать кусочки легочной ткани из пневмонических очагов, селезенки и экссудат из плевральной полости. Этот материал помещают в специальную посуду с притертыми пробками или в широкие бактериологические пробирки, которые запаивают или плотно закрывают резиновыми пробками, а затем помещают в металлические пеналы и опечатывают. В пенал с материалом желательно вложить твердую углекислоту или пересылать в термосе со льдом.

15. Для выделения вируса орнитоза от птицы на исследование посылают труп павшей птицы или для этого убивают больную птицу (применяя эфирное или хлороформенное наркотизирование). Труп каждой птицы для пересылки в лабораторию завертывают в несколько слоев марли (или ткани), смоченной 5-процентным раствором лизола или карболовой кислоты, затем кладут в клеенчатый мешок и в металлическую коробку с плотно закрывающейся крышкой.

Если транспортировка трупа птицы будет длиться более одного часа, надо обязательно обеспечить охлаждение коробки льдом.

Если на исследование могут быть посланы только органы птицы, тогда производится вскрытие тушки с соблюдением правил работы с особо опасными материалами. В бактериологические пробирки асептически собирают раздельно кусочки печени, селезенки или экссудат из брюшной полости и сердечной сумки.

Весь пересылаемый материал в пробирках должен быть упакован, как указано в [пункте 14](#P57).

Приложение

к Временной инструкции

по проведению

противоэпидемических

и профилактических

мероприятий при орнитозе

НАСТАВЛЕНИЕ

ПО КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОРНИТОЗА

Эпидемиология. Источником инфекции при орнитозе являются птицы (больные или вирусоносители) - домашние голуби, утки, куры, индейки и различные виды диких птиц - голуби, буревестники, чайки, белые цапли и др. При пситтакозе источником инфекции являются различные породы попугаев.

Птицы-вирусоносители с латентной формой орнитоза, особенно домашние, внешне могут не отличаться от здоровой птицы, и только в случае резкого ухудшения условий содержания (скученность, антисанитарные условия, охлаждения, недостаточное или неполноценное питание), снижающих резистентность организма, латентная инфекция у них может перейти в явную, в результате чего возникает эпизоотия в птицехозяйстве. Взрослые птицы в большинстве случаев выздоравливают. Менее резистентны к инфекции цыплята (молодняк), которые болеют острой формой. Потери их от заболевания составляют от 30 до 50%. Как больные птицы, так и вирусоносители длительное время выделяют вирус с экскрементами, инфицируя окружающие предметы и территорию, являясь, таким образом, источником заражения здоровой птицы и человека.

Птица, больная орнитозом, становится малоподвижной, сонливой, часто сидит или стоит, забившись в угол, перья взъерошены, глаза закрыты, дыхание затрудненное. Из носовых отверстий иногда выделяется слизь. Часто развивается понос (с серо-зелеными выделениями).

Птица плохо принимает корм, худеет. Молодняк, особенно цыплята, в большом проценте случаев погибают; взрослая птица (куры, утки и др.) в большинстве переболевает. Среди переболевших длительное время остаются вирусоносители. У голубей также гибель отмечается главным образом среди молодого выводка (пискунов).

На вскрытии больных птиц, а также вирусоносителей отмечается увеличенная в 1,5 - 2 раза селезенка: набухшая, темной окраски. Увеличенная, дегенерированная печень, инъекция сосудов кишечника, легкие обычно чистые. В перикарде нередко можно обнаружить небольшое количество экссудата.

Заражение человека орнитозом обычно происходит аэрогенным путем при вдыхании инфицированной пыли или частиц пуха. Последнее имеет особое значение при массовом убое и ощипывании инфицированной птицы на птицебойнях, где происходит при этом интенсивное загрязнение воздуха пылью и пухом, загрязнение рук содержимым кишечника (при потрошении птиц), экскрементами во время чистки помещения или клеток, а затем попадание этого инфекционного материала на слизистые оболочки. Случаи заражения от больного человека сравнительно редки.

Этиология. Возбудитель орнитоза - крупный вирус, который относится к

группе вирусов пситтакоза - лимфогранулемы. Элементарные тельца вируса

орнитоза имеют размеры от 200 до 250 миллимикрон, проходят через асбестовую

прокладку (ЕК фильтра Зейтца, свечи Беркефельда V и Шамберлана L -L -bis).

1 3

У больного вирус может быть обнаружен в первые дни болезни в мокроте и крови. В крови обычно вирус обнаруживается до 5 - 7-го дня болезни, а в мокроте - до 21-го дня. Однако эти сроки не являются предельными; имеется указание на более длительное выделение вируса с мокротой (в одном случае до 8 лет). При исследовании секционного материала вирус может быть выделен главным образом из ткани легкого, селезенки и экссудата (плевральных полостей, а иногда и перикарда).

В мазках-отпечатках или в срезах из органов элементарные тельца вируса могут быть обнаружены при окраске по Романовскому или по Морозову (а также любой полихромовой синькой) в клетках ретикулоэндотелиальной системы или внеклеточно при их разрыве.

Выделение вируса проводится в опытах на мышах методом внутримозгового заражения; в мазках и срезах из мозга при этом обнаруживают элементарные тельца. При заражении внутрибрюшинно элементарные тельца обнаруживают в селезенке и печени.

Выделить вирус также можно при заражении куриных эмбрионов в аллантоисную полость или в желточный мешок. К вирусу орнитоза, кроме мышей, чувствительны в той или иной степени голуби, цыплята, попугаи, рисовки, морские свинки, кролики и другие животные, включая и куриные эмбрионы, при различных путях заражения. Вирус орнитоза около года сохраняется после высушивания в вакуум-аппарате с последующим хранением в рефрижераторе при плюс 2 - 4°. Замороженный при минус 70° вирус сохраняется до одного года.

В обычном рефрижераторе (4 - 6°) активность вируса (в фосфатном буфере, pH - 7,6) не снижается при хранении его до одного месяца.

Высушивание вируссодержащего материала на рассеянном свету при комнатной температуре до 36 часов не разрушает вирус орнитоза. Высушивание же в течение 48 часов и нагревание при 70° в течение 15 минут разрушает его.

Возбудители орнитоза и пситтакоза близкородственны друг другу по антигенным, морфологическим и тинкториальным свойствам. Однако в специальных опытах их можно разграничить. Клиническое течение орнитоза, когда источником инфекции являются домашние голуби, пекинские утки, куры, в отличие от пситтакоза более доброкачественно и при нем редко отмечаются случаи контактных заболеваний. Но за последние годы опубликованы данные о тяжелом течении орнитоза с высокой контагиозностью и летальностью, доходившей от 9 до 20%. Источником инфекции в этих случаях были индейки, белая цапля, иволга.

Клиническая характеристика. Инкубационный период при орнитозе длится от 7 - 10 и иногда до 20 дней. В некоторых случаях можно отметить продромальные явления в течение 2 - 4 дней в виде недомогания, чувства разбитости и тошноты по утрам. Начало болезни чаще острое; появляются озноб, боли в ногах, пояснице и головные боли. Температура повышается; при этом могут быть повторные ознобы. С первых дней заболевания отмечается пневмонический очаг вначале без признаков, сопутствующих обычной пневмонии, - нет одышки, кашель может быть, но сухой, без болевых ощущений в грудной клетке и без изменения перкуторного звука.

Пневмонический фокус чаще выявляется в конце первой недели заболевания. Характерно, что при минимальных физикальных данных рентгенологически можно обнаружить обширные поражения легких. Затемнение гомогенного характера отмечается в одной или нескольких долях легких, чаще следующих одно за другим и занимающих часть доли. Инфильтрат чаще имеет вид треугольника, вершиной обращенного к плевре. Однако отмечаются инфильтраты и в виде облака, что иногда симулирует первичный туберкулезный инфильтрат.

Рассасывание пневмонии идет медленно и в общем заканчивается к концу месяца. При частичном рассасывании рентгенологически можно наблюдать остаточные явления в виде "сетки" интерстициального уплотнения с отдельными мелкими очагами.

У больных отмечается отсутствие аппетита, утолщенный обложенный язык с красной каемкой и отпечатками зубов по краям, запоры. Увеличение печени и селезенки может отмечаться с первых дней заболевания.

Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечается относительно повышенное кровяное давление в начале заболевания. Изменения со стороны нервной системы отмечаются почти у всех больных и выражаются в бессоннице, головных болях, болях в пояснице, икроножных мышцах. У некоторых больных отмечаются явления возбуждения, раздражительности, плаксивости; наряду с этим интоксикация выражается в апатии - адинамии.

Изменения со стороны крови - анэозинофилия и высокая РОЭ - отмечаются с первых дней заболевания. Наряду с тяжелым течением орнитоза отмечаются легкие и стертые формы. Однако нередко наблюдаются случаи орнитоза, когда преобладание тех или иных симптомов делает это заболевание сходным по началу болезни не только с описанной картиной атипичной пневмонии (пневмоническая форма), но и с гриппом (гриппозная форма) или брюшным тифом (тифозная форма). С этими заболеваниями и необходимо в первую очередь проводить дифференциальный диагноз, а также с крупозной и катаральной пневмонией, сыпным тифом, Ку-лихорадкой, туляремией, лептоспирозом и малярией.